129

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1910 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 janvier 1910, à 1 heure

Par **A. LABORIE**

L'ANITE CHANCRELLEUSE

ÉTUDE SUR LES CHANCRES MOUS DE L'ANUS ET DU CANAL ANAL

Président : M. GAUCHER, *professeur.*

Juges : MM. SEGOND, *professeur.*
LEGRIS et PIERRE DUVAL, *agrégés.*

PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27
1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE RENNES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Parvenu au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis de remercier ici tous les maîtres bienveillants qui, pendant ce temps, ne nous ont jamais marchandé leurs conseils et leur enseignement. Nous n'oublierons pas nos maîtres de l'École de Rennes, qui nous facilitèrent les premiers pas dans la carrière et tout particulièrement MM. les Professeurs Castex et Bertheux dont nous avons eu le très grand avantage d'être l'externe, M. le professeur Bodin dont les leçons dermatologiques seront toujours présentes à notre souvenir.

Le sujet de cette thèse nous a été donné par M. le Dr Ravaut, nous l'en remercions vivement et l'assurons de notre parfaite gratitude, ainsi que M. le Dr Thibierge dans le service duquel ont été prises les observations.

Nous remercions également M. Morin, externe des hôpitaux, pour l'aide qu'il nous a fournie.

Que M. le professeur Gaucher qui a bien voulu acter la présidence de cette thèse soit convaincu de notre profonde reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait.

Nous remercions MM. Masson et Cie qui nous ont obligeamment prêté les clichés des figures de cette thèse.

Travail du service et du laboratoire du Dr Thibierge
à l'hôpital Broca et à l'hôpital Saint-Louis

L'ANITE CHANCRELLEUSE

ÉTUDE SUR LES CHANCRES MOUS
DE L'ANUS ET DU CANAL ANAL

CHAPITRE PREMIER

Historique. — Introduction.

Après les organes génitaux l'anus est un des points où se localise le plus volontiers le virus chancrelleux. Aussi l'histoire du chancre mou de l'anus est-elle vieille comme celle du chancre mou lui-même. Toutefois, pendant la période qui précède la distinction nette du chancre mou, non infectant, du chancre infectant, c'est-à-dire syphilitique, la confusion règne et il est impossible de savoir quelle était la véritable nature des lésions anales dont les auteurs rapportent l'observation. C'est ainsi que Gosselin dans ses *Leçons cliniques de la Charité* décrit un rétrécissement de la portion sphinctérienne du rectum, qu'il attribue à une lésion vénérienne qui n'est pas la syphilis et qui ressemble singulièrement à ce que nous appelons maintenant le chancre mou.

La précision cependant commence à être, en général, assez grande dans la dernière partie du siècle dernier et elle devient pour ainsi dire complète depuis la découverte par Ducrey de l'agent pathogène du chancre mou.

Les principaux travaux que l'on rencontre dans cette période sur le chancre de l'anus sont :

En 1871 l'ouvrage de Péan et Malassez qui dans leurs *Études cliniques sur les ulcérations anales* décrivent la chancrelle de cette région et signalent même ses rapports avec le condylome.

Puis Mollière de Lyon dans les *Maladies du rectum et de l'anus* traite du chancre mou anal.

Plus récemment encore Diday, en 1894, et Fournier décrivent le chancre « en feuillet de livre » caché entre les plis radiés de l'anus.

M. Créange en 1908, sous l'inspiration de M. Milian, étudie dans sa thèse les « chancres mous de l'anus et du rectum ».

A ces travaux il faut joindre de nombreux articles parmi lesquels est à remarquer celui publié par Lermoyez en 1882 dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.*

Il constitue une excellente étude descriptive, clinique et anatomo-pathologique du chancre mou anal et du condylome que l'auteur avait eu l'occasion d'observer là où ils se rencontrent le plus fréquemment et sous tous leurs aspects à l'hôpital Broca.

Mais si, dans la plupart de ces études on s'est borné à décrire le chancre mou de l'anus tel qu'on le voit extérieurement, quelques auteurs cependant ayant eu la notion de certaines de ses complications l'ont fait remonter dans certains cas jusqu'au rectum. C'est en particulier le cas de la thèse de M. Créange. Cela paraît tenir à deux raisons : la première est la douleur qui

empêche l'exploration, et comme pour une lésion qui semble aussi minime on recule devant l'anesthésie générale, il en résulte un examen incomplet.

La seconde est que l'exploration, quand elle est pratiquée, est faite digitalement, ce qui permet de se rendre compte assez bien des dimensions de la lésion, beaucoup moins bien des régions qu'elle atteint et pas du tout de l'aspect nouveau qu'elle y détermine.

Aussi M. Ravaut, à qui nous devons le sujet de cette thèse, a-t-il été amené à employer un moyen d'anesthésie très simple, décrit au cours de ce travail, qui lui a permis d'étudier aisément l'aspect et l'évolution du chancre mou anal. Il a pu ainsi constater que le bacille de Ducrey détermine une affection non seulement de l'anus, mais aussi du canal anal, une anite. Et cette affection, qui reste localisée au canal anal, n'atteignant pas le rectum ou très exceptionnellement, M. Ravaut et nous-même ne l'y avons jamais constatée, est par contre susceptible de déterminer des lésions durables du canal et d'aboutir, même parfois longtemps après sa période active, à un véritable rétrécissement du canal anal. C'est cette affection de l'anus et du canal anal que MM. Ravaut et Bord ont décrite (*Presse médicale*, 1909, n° 36) sous le nom d'anite chancrelleuse. Nous nous proposons de l'étudier ici en envisageant successivement son aspect clinique, son évolution, ses complications et son traitement, mais nous devons d'abord, pour éviter toute équivoque, préciser sa localisation anatomique.

CHAPITRE II

Considérations anatomiques. — Le canal anal

Dans un langage anatomique strict le mot anus ne désigne qu'un simple orifice, une simple ligne séparant le tégument externe visible du revètement, non visible, de la portion terminale du tube digestif.

D'autre part, le rectum est considéré comme étant la partie de l'intestin étendue du corps de la troisième vertèbre sacrée à l'orifice dont nous venons de parler. On lui décrit deux portions : une première dilatée en forme d'ampoule, jouant le rôle de réservoir pour les matières fécales, c'est le rectum pelvien ; une seconde, étroite, « sorte de filière », entourée comme d'un manchon par le sphincter externe, jouant le rôle de canal évacuateur pour le réservoir ampullaire précédent, c'est le rectum périnéal.

Depuis longtemps certains anatomistes, frappés de l'aspect très différent de ces deux portions du rectum, ont proposé de réserver le nom de rectum à la première portion, la portion ampullaire ou pelvienne, et d'appeler anus tout le canal évacuateur, toute la seconde portion dite encore portion sphinctérienne, périnéale. C'est cette dernière portion qu'avec beaucoup d'anato-

mistes et d'histologistes nous appelons le canal anal.

Outre les différences de calibre et de fonction, elle en présente d'autres qui justifient sa distinction de la portion ampullaire.

Quand, en effet, on fend et ouvre la dernière partie du tube digestif, on remarque, à l'œil nu, de très notables dissemblances, suivant les régions considérées. Alors qu'en haut dans la partie large, ampullaire, la muqueuse est rouge, gluante, criblée de trous, plus bas au contraire elle se montre naturellement grisâtre, humide, lisse et unie et ces deux régions sont séparées par une ligne sinueuse festonnée, répondant à peu près à l'extrémité supérieure des formations légèrement saillantes, connues sous le nom de colonnes de Morgagni. Cette ligne sinueuse anorectale (Hermann) marque macroscopiquement l'extrémité supérieure du canal anal. Plus bas à 25 ou 30 millimètres au-dessous de cette ligne se montrent les poils et les phanères dont l'apparition détermine une nouvelle limite, la ligne ano-périnéale (Hermann), limite inférieure du canal anal. Extérieurement ce canal répond au muscle strié sphincter externe. Il semble donc déjà bien individualisé macroscopiquement mais il se distingue mieux encore peut-être du reste du rectum aux points de vue histologique et embryologique.

Au niveau de la ligne anorectale déterminée plus haut, brusquement succède à l'épithélium simple du rectum, un épithélium pavimenteux stratifié *sans glandes rectales,* à peine en trouve-t-on quelques-unes erratiques tout près de la limite.

Plus bas encore, cet épithélium ne va pas tarder à se recouvrir d'une couche cornée et il apparaît un derme hérissé de papilles courtes. Derme avec papilles, épiderme stratifié et recouvert d'une couche cornée, ce n'est là somme toute que de la peau modifiée en opposition complète avec la muqueuse rectale.

Embryologiquement l'opposition existe encore, l'ampoule rectale provient de l'endoderme et le canal anal est d'origine ectodermique.

Anatomiquement, histologiquement, embryologiquement nous avons ainsi, à la partie inférieure du tube digestif, le canal anal bien individualisé, étendu de la ligne ano-rectale, plus grossièrement du sommet des colonnes de Morgagni, à la ligne ano-périnéale ; c'est dans ce canal, sans le dépasser, qu'évolue et que nous allons étudier l'anite chancrelleuse.

CHAPITRE III

Manifestations extérieures du chancre mou anal. L'ulcération chancrelleuse et son condylome.

Pour rendre plus simple notre description clinique, nous la diviserons en deux parties. Dans la première nous décrirons ce que l'on constate extérieurement, sans le secours de l'anesthésie, sur un malade atteint de chancre mou anal. Dans un autre chapitre sera étudié ce que révèle l'examen de la surface interne du canal anal.

Le chancre mou de l'anus se présente sous des aspects différents suivant le stade d'évolution de l'affection, ainsi que l'a fort bien montré Lermoyez qui divise cette évolution en trois stades.

Au début il existe une simple ulcération située au niveau des plis radiés, ordinairement entre eux et, si on les déplisse, elle apparaît avec à peu près tous les caractères habituels du chancre mou. C'est une ulcération creuse, à fond suppurant, à bords décollés, moins creuse

toutefois que dans le chancre mou génital à bords aussi moins décollés, plutôt saillants que nettement décollés mais sur la nature de laquelle l'auto-inoculation qui a été pratiquée pour plusieurs des malades dont nous rapportons l'observation, ne laisse aucun doute. L'ulcération est allongée dans le sens vertical, disparaissant dans le canal anal ; sa plus grande dimension est parallèle à la direction des plis radiés. C'est le chancre en feuillet de livre, à cause de l'aspect qu'il présente lorsque l'orifice anal est fermé et de la nécessité où l'on se trouve

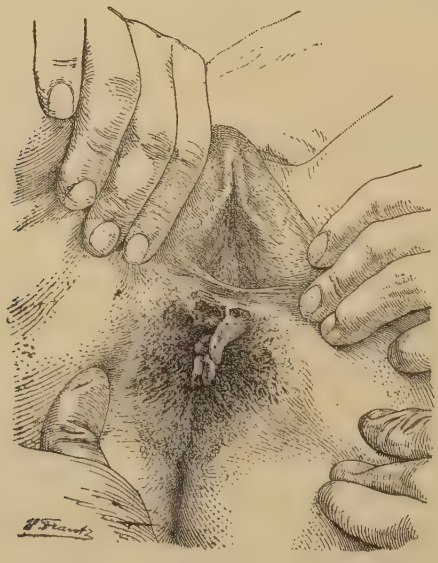

FIGURE 1

Condylomes chancrelleux de l'anus au début.

Les chancres mous des régions périnéale et périanale sont nettement visibles ; les condylomes recouvrent ceux de la région anale. Sur l'arête du condylome supérieur se voit un chancre mou nain qui s'y est greffé secondairement. (Ravaut et Bord *in Presse médicale*, 1909, n° 36, Masson, édit.).

« d'ouvrir comme un livre » les plis radiés pour l'apercevoir.

A ce stade il y a peu de signes fonctionnels : une douleur légère surtout au moment de la défécation, et le plus souvent le malade ne se plaignant pas, le diagnostic n'est pas posé. Mais le chancre continuant à évoluer, et l'inflammation survenant, l'affection entre dans sa seconde période qui va se marquer par le phénomène suivant : Une saillie, visible extérieurement, apparaît à la marge de l'anus, c'est un des plis radiés, celui qui est en rapport avec l'extrémité inférieure de l'ulcération chancrelleuse, qui augmente de volume, s'épaissit, proémine au pourtour de l'anus : le condylome est constitué. Il forme « une véritable tumeur de volume variable, pou-
« vant aller de celui d'une lentille à celui d'une grosse
« fève. Son grand axe est parallèle à celui des plis
« radiés sur lesquels est implantée sa base ; son ex-
« trémité libre forme une sorte d'arête. La pression
« des fesses et des cuisses, des condylomes voisins, lui
« donne la forme d'une demi-lentille, d'un croupion de
« poulet. Il est facile de le prendre entre deux doigts,
« de constater qu'il est dur, fibreux ; en l'attirant à
« soi, on soulève en même temps la peau de la région
« voisine, il ne fait donc pas corps avec le tissu cellu-
« laire. La base d'implantation est aussi longue et aussi
« large que la tumeur elle-même, il n'est donc pas à
« proprement parler pédiculé. La couleur est générale-
« ment d'un rouge foncé, violacée même, si la réaction
« inflammatoire est violente, d'un rose pâle au déclin
« de la maladie. Sa surface est lisse et la peau qui le

« recouvre est comme tendue à sa surface ; quelquefois « cependant de petits chancres mous nains peuvent se « développer secondairement sur le condylome et s'y « creuser de petites cavités (Ravaut et Bord). »

Relevé et examiné sur sa face interne le condylome montre le chancre, qui lui a donné naissance encore en pleine activité et s'il existe plusieurs condylomes, chacun a son chancre dont il est le satellite ; quand il n'existe qu'un seul ou deux condylomes, il est remarquable que la localisation préférée est, presque toujours, l'extrémité soit antérieure, soit postérieure de la fente anale, et cela peut-être à cause de la disposition naturelle de la région ou peut-être pour une autre raison inconnue. Plus nombreux, les condylomes forment une couronne péri-anale, chacun d'eux correspondant toujours à une chancrelle.

C'est ordinairement à cette période que le malade consulte. Les signes fonctionnels sont en effet à leur apogée, la douleur est souvent vive, parfois constante, souvent provoquée par les selles qui peuvent être sanglantes et d'autre part la petite tumeur condylomateuse attire naturellement l'attention des malades. Au médecin qui l'examine elle doit toujours donner l'idée du chancre mou.

Le condylome est en effet le compagnon, le satellite « fatal», dit Lermoyez, du chancre mou anal et cet auteur sur 23 cas de chancre mou a noté 18 fois le condylome chancrelleux. Le condylome est même un guide tellement sûr, d'après Lermoyez, qu'il permet de rectifier un diagnostic antérieur : « Plusieurs fois nous avons

« vu le condylome naître sous nos yeux près d'un « petit chancre mou dont une erreur avait fait faire « une simple fissure, et dont la présence faisait rectifier « le diagnostic (Lermoyez). » Si à ce stade on traite le chancre mou, il guérit rapidement, en quelques semaines ; son ulcération se répare, mais le condylome persiste et son évolution isolée va constituer le troisième stade.

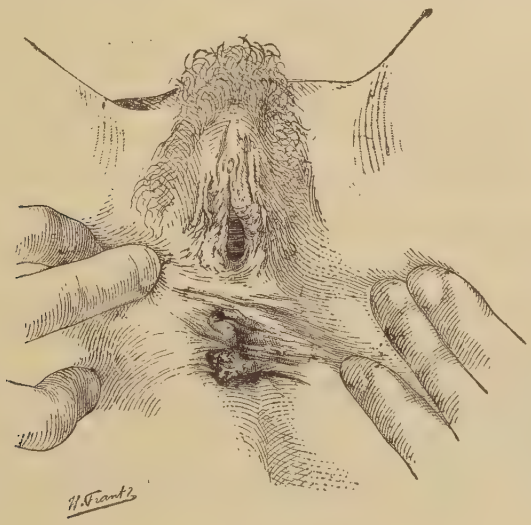

FIGURE 2

Condylomes chancrelleux environ quatre mois après le début.
Sur la face anale du condylome inférieur se voit encore la cicatrice opaline de l'ancienne ulcération chancrelleuse (Ravaut et Bord, *in Presse médicale*, 1909, n° 36, Masson, édit.).

Alors, mais à ce moment seul, quand « le chancre a « perdu sa virulence, quand sa spécificité s'est éteinte et « ne laisse plus qu'une fissure inoffensive, le condylome « commence à rétrograder (Lermoyez). »

« Il diminue de volume, devient plus mou, se fes- « tonne sur ses bords libres mais persiste. Il peut survivre

« de longs mois à l'ulcération, s'organise, devient fibreux « et nous en avons retrouvé datant d'un an et demi « et même plus. Ce sont alors des formations de con- « sistance ferme, scléreuse, sessile ou pédiculée, d'un « rose très pâle. Pendant longtemps la présence sur « la face anale d'une cicatrice lisse et nacrée permet « d'en fixer la nature, mais à la longue elle finit par « s'effacer (Ravaut et Bord). »

Même en cette dernière transformation le condylome, en l'absence de toute autre cause pouvant expliquer sa présence, doit faire faire le diagnostic rétrospectif de chancre mou et Lermoyez n'hésite pas à dire que même nié par le malade, le chancre mou doit être affirmé par le médecin rétrospectivement.

Ainsi dans l'évolution du condylome chancrelleux on peut distinguer trois périodes :

« Dans la première le chancre est seul et le condy- « lome se prépare ;

« Dans la deuxième le chancre coexiste avec le condylome ;

« Dans la troisième l'ulcération est guérie, le con- « dylome est resté seul et tend à disparaître (Lermoyez). »

Cette dernière période ne s'accompagne pour ainsi dire pas de signes fonctionnels, la douleur a disparu et il ne persiste, produite par la saillie condylomateuse, qu'une gêne extrêmement minime qui elle-même va bientôt disparaître. Il en est ainsi, à moins qu'ayant simultanément évolué au niveau du canal anal, le chancre mou et le processus fibreux qui peut en être la conséquence,

n'aient déterminé au niveau de ce canal un rétrécissement. Chancre du canal anal, anite chancrelleuse et rétrécissement du canal anal, autre évolution dont nous allons maintenant nous occuper.

CHAPITRE IV

Chancrelle du canal anal. Anite chancrelleuse Le rétrécissement du canal anal

Si au second stade de l'évolution que nous venons de décrire, et qui est ordinairement celui où les malades se font examiner parce qu'il est le plus douloureux, on veut pousser plus loin l'examen et suivre l'ulcération que l'on voit disparaître dans la profondeur en remontant entre les plis radiés, on le peut par plusieurs procédés :

1° Par le toucher, ce qui est un mauvais moyen, car outre la douleur qu'il provoque il ne permet pas, nous l'avons déjà dit, de se rendre compte des régions atteintes;

2° Par l'examen direct après introduction du spéculum et dilatation. C'est le procédé de choix, il permet *de voir*, de toucher et d'apprécier la souplesse de la région; mais il est presque impossible de l'employer parce qu'il est extrêmement douloureux et, bien que les signes fonctionnels : douleur, selles sanglantes, soient

souvent assez marqués, on hésite à faire courir au patient, pour une lésion, que l'on suppose minime ou que l'on classe hâtivement fissure ou hémorroïdes, les risques de l'anesthésie générale.

C'est pourquoi M. Ravaut se trouvant quotidiennement à l'hôpital Broca en présence de femmes atteintes de chancre mou de l'anus et présentant des signes fonctionnels d'anite marquée a été amené à employer l'anesthésie rachidienne, modifiée de façon à assurer son innocuité, pour permettre l'examen indolore, rapide et complet, du canal anal avec l'aide du spéculum. Le but poursuivi dans cette méthode d'anesthésie est le suivant : éviter la diffusion de l'anesthésique dans le liquide céphalo-rachidien et réaliser une anesthésie limitée à la région génito-périnéo-anale. Cela par l'emploi de peu d'excipient et de peu d'anesthésique, c'est-à-dire d'une solution concentrée à laquelle il est inutile d'ajouter du chlorure de sodium car, du fait de sa concentration, elle est déjà hypertonique par rapport au liquide céphalo-rachidien. Voici d'ailleurs, telles qu'elles ont été publiées, cette méthode et sa technique :

« Pour éviter les réactions méningées que déterminait l'eau de ces solutions (solution aqueuse de cocaïne) nous avons eu recours à des solutions isotoniques ou rendues hypertoniques par l'adjonction de chlorure de sodium. Depuis ces recherches, toutes les formules qui ont été proposées sont basées sur ce principe et quel que soit l'agent anesthésique employé, on ne l'injecte actuellement qu'en solution concentrée ou isotonique.

« Si l'emploi de telles solutions avait l'avantage de « supprimer la plupart des accidents observés après les « injections de solutions aqueuses, en revanche, il était « facile de constater que pour une même quantité d'a- « nesthésique injectée l'étendue de la région anesthésiée « était moins grande ; pour obvier à cet inconvénient il « fallait employer de plus grosses doses anesthésiques « Ces faits s'expliquent facilement et nous montrerons « ultérieurement par une série d'expériences le rôle « capital que jouent les phénomènes de diffusion dans « la physiologie pathologique des injections intrara- « chidiennes.

« En nous basant sur ces faits, nous avons pu obtenir « des anesthésies uniquement limitées à la région génito- « périnéo-anale et déterminer un véritable syndrome « anesthésique de la queue de cheval.

« Pour cela il suffit d'employer une solution très con- « centrée de cocaïne ou de stovaïne dont on injecte une « quantité minime, le plus bas possible, après l'avoir « mélangée au liquide céphalo-rachidien selon la tech- « nique que nous avons proposée autrefois avec M. Gui- « nard.

« La solution dont nous nous servons est à 50 °/₀, « de sorte qu'une goutte contient un peu plus de 2 cen- « tigrammes d'anesthésique. Cette dose est très large- « ment suffisante pour obtenir l'anesthésie recherchée. « Nous avons fait construire une seringue spéciale à « corps de pompe, très étroit, stérilisable dans laquelle « on apprécie facilement la quantité de solution à injec- « ter. Le mélange du liquide céphalo-rachidien et de

« de la solution se fait dans le corps de pompe.

« En opérant avec une solution ainsi concentrée de « densité très supérieure à celle du liquide céphalo- « rachidien on évite en grande partie la diffusion de « l'anesthésique qui tombe presque aussitôt dans le « fond du cul-de-sac et n'anesthésie que les dernières « racines.

« Il est très avantageux de pouvoir limiter ainsi « l'anesthésie car pour les opérations que l'on pratique « sur cette région il est inutile d'avoir une anesthésie « plus étendue. En opérant ainsi on n'injecte qu'une « quantité minima d'anesthésique, dissous dans le mini- « mum d'excipient et les incidents qui suivent la « rachianesthésie ainsi pratiquée, nuls le plus souvent, « ne dépassent pas, lorsqu'ils existent, l'intensité de ceux « que l'on observe après une simple ponction lom- « baire.

« Depuis deux ans nous employons cette technique « dans le service de notre maître Thibierge à Broca pour « toutes les petites opérations portant sur la région « génito-anale et nous n'avons jamais observé d'inci- « dents sérieux sur plus de 150 opérées (P. Ravaut « *Comm. à la Soc. de Biol.* Juin 1907). »

Grâce à cette méthode d'anesthésie il est facile d'explorer systématiquement le canal anal en opérant ainsi.

La veille le malade est purgé, il reçoit un lavement le matin de l'examen. L'anesthésie est pratiquée comme il a été dit plus haut et on a soin de maintenir à l'aide d'un coussin la tête un peu plus élevée que le corps pen-

dant la durée de l'examen et aussi pendant les quelques heures qui suivent; avec des valves ou un spéculum on dilate l'anus qui s'y prête aisément et sur les parois tendues les lésions se montrent très nettes et très faciles à limiter. Partant du condylome ou de l'ulcération visible extérieurement la chancrelle s'étale et remonte sur la paroi du canal anal, « habituellement chaque ulcé- « ration remonte assez haut, transformant le canal « anal en une région ulcéreuse rouge, tomenteuse, sai-

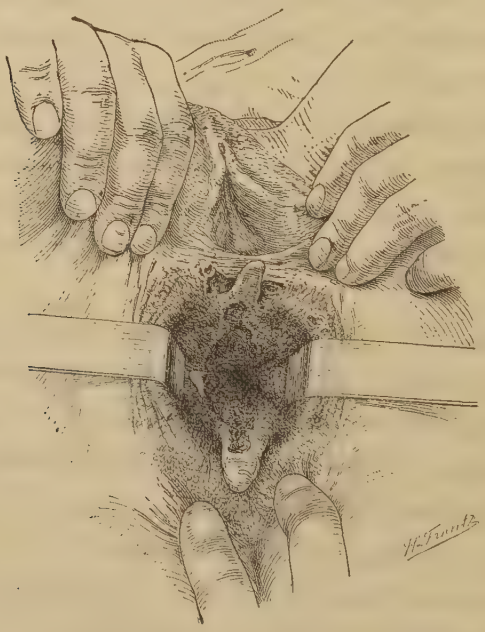

FIGURE 3.

Ulcérations chancrelleuses de l'anus et du canal anal au début.

Même malade que dans la figure 1. Les condylomes, étant relevés, présentent sur leur face anale des ulcérations chancrelleuses qui se prolongent et s'étalent sur le canal anal. Sur le côté droit de l'une d'elles se voit un petit éperon cartilagineux. (Ravaut et Bord, *in Presse médicale*, 1909, n°. 36, Masson, édit.).

« gnante ; il s'agit d'une véritable anite (Ravaut et « Bord). »

L'aspect du chancre mou au niveau du canal anal est toutefois variable. On peut n'observer qu'une simple fissure, continue, dirigée longitudinalement, mais présentant les caractères du chancre mou : les bords décollés, la purulence du fond. Ce n'est pas là la disposition la plus fréquente. Le plus souvent on constate, s'étendant « sur le revêtement du canal anal, parallèlement aux « valvules de Morgagni une ulcération circulaire, haute « de quelques millimètres, occupant parfois le quart de « la circonférence totale du canal. Si les chancres mous « sont multiples, comme c'est la règle, à chacun d'eux « correspond une ulcération du canal anal. Son aspect « est alors tout à fait typique, on reconnaît facilement « les ulcérations excavées, paraissant d'autant plus creu- « ses que les bords en sont plus saillants ; le fond en « est sanieux, saigne abondamment ; les bords sont ir- « réguliers, déchiquetés ; entre les ulcérations le tissu « est mamelonné, bourgeonnant, végétant, présentant « parfois des élevures acuminées, saillantes comme de « véritables éperons, donnant au doigt, qui les touche, « une sensation de résistance fibreuse. Quelquefois les « lésions s'étendent jusqu'au bord libre des valvules de « Morgagni et les entourent ; dans un cas nous avons vu « l'ulcération les dépasser de quelques millimètres et at- « teindre la région intermédiaire entre le revêtement « anal et la muqueuse rectale. Jamais nous n'en avons « vu remonter sur la muqueuse rectale (Ravaut et « Bord). »

Ce dernier point, à savoir la limitation exacte du processus chancrelleux au canal anal, mérite considération. Nous avons eu soin au début de ce travail de préciser que pour nous, comme pour la plupart des anatomistes et des histologistes actuels, le rectum périnéal, le rectum sphinctérien, le canal de l'anus, sont une seule et même chose anatomiquement distincte, nettement limitée en haut par la ligne sinueuse ano-rectale ; en bas par la ligne ano-périnéale, et que nous appelons canal anal.

Aussi nombre d'observations où il est question de chancre mou du rectum sont, à notre sens, des observations de chancre mou du canal anal. C'est ainsi que pour prendre quelques exemples dans la thèse de M. Créange, nous lisons dans des observations empruntées à Péan et Malassez :

« Cette ulcération se prolonge dans le rectum jus-
« qu'au niveau du bord supérieur du sphincter (obs. VI,
« p. 47).

« Ces deux ulcérations sont de forme triangulaire, à
« base cutanée et à sommet rectal....., le haut de l'ul-
« cération se termine au niveau du bord supérieur du
« sphincter (obs. VII, p. 48). »

« Cette ulcération se continue dans le rectum, par le
« toucher on la suit jusqu'au niveau du bord supérieur
« du sphincter où elle se termine (obs. VIII, p. 50).

« Cette ulcération se prolonge dans le rectum jus-
« qu'au niveau du bord supérieur du sphincter (ob-
« serv. IX, p. 52).

« Ulcération se prolongeant dans le rectum jusqu'au

« voisinage du bord supérieur du sphincter (obs. XII,
« p. 53).

« Cette ulcération se prolonge dans le rectum jus-
« qu'à deux ou trois centimètres de l'orifice, c'est-à-
« dire jusqu'au niveau de la lèvre supérieure du sphinc-
« ter (obs. XII, p. 54). »

Tous ces cas, avec notre terminologie, constituent évidemment des cas de lésions du canal anal. Dans toutes les autres observations que cite M. Créange, les limites supérieures de l'ulcération ne sont pas précisés, et il nous est d'autant plus permis de supposer que les lésions ne dépassaient pas l'étendue du canal anal que jamais, pour notre part, dans les observations que nous ont communiquées MM. Ravaut et Bord, il n'a été noté d'ulcérations chancrelleuses dépassant la ligne sinueuse ano-rectale, le canal anal. Dans les autres observations que nous avons lues presque toujours, quand on parle de chancre mou du rectum, on voit, quand le contexte le permet, qu'il s'agit en réalité de lésions ne dépassant pas le sphincter, c'est-à-dire siégeant toujours sur le canal anal. Le chancre mou du rectum doit donc être très exceptionnel et les cas tels que celui de Wehenckel de Bruxelles où un chancre mou provoqua une perforation du rectum à douze centimètres au-dessus de l'orifice sont vraisemblablement des raretés, des curiosités pathologiques comme l'ont pensé Péan et Malassez.

Aux symptômes locaux de l'anite chancrelleuse que nous avons déjà donnés, il faut joindre la présence de ganglions inguinaux et cruraux; cette adénite est ordi-

nairement douloureuse et peut-être le point de départ d'un bubon suppuré.

Les symptômes fonctionnels de l'anite chancrelleuse à la période d'état sont variables dans leur intensité, tantôt peu marqués, tantôt au contraire extrêmement accusés et pouvant même être l'origine d'une véritable complication. Ils consistent en général en une sensation de gêne continuelle, de tension permanente de la région anale. A l'occasion de la défécation, la douleur s'exagère, assez fréquemment les matières sont déformées, aplaties, rubannées, recouvertes de sang pur ou mélangées de muco-pus. Il peut même arriver que la douleur soit tellement intense que pour éviter d'aller à la selle, les malades se constipent volontairement, se privent d'aliments, et en arrivent à présenter des troubles généraux graves dus à l'inanition relative, l'anémie se montre alors comme une complication de l'anite chancrelleuse.

Les symptômes fonctionnels, la douleur en particulier, peuvent être peu marqués au contraire, les ulcérations anales bien tolérées et le malade dans ce cas ne réclame souvent pas le secours du médecin ou celui-ci se borne à traiter les ulcérations anales qu'il voit, négligeant celles du canal anal qu'il ne voit pas et sur lequel son attention n'est pas attirée. Ces dernières qui, traitées énergiquement, auraient pu disparaître sans laisser de traces se calment cependant à la longue « le revêtement du canal « anal se décongestionne, les ulcérations s'aplanissent, « paraissent moins sanieuses, leurs bords se nivellent « et le tissu qui les sépare devient moins exubérant et

« moins saillant. Insensiblement l'aspect de ce tissu « s'unifie, mais se transforme en tissu fibreux, la dilata-

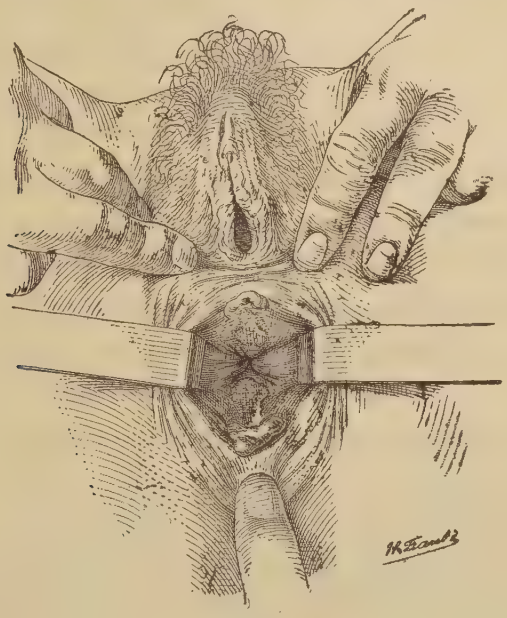

FIGURE 4

Ulcérations chancrelleuses de l'anus et du canal anal environ quatre mois après le début.

Même malade que dans la figure 2. Les condylomes ont diminué de volume, se sont flétris ; les ulcérations chancrelleuses sont presque guéries et représentées par une cicatrice fibreuse et d'aspect opalin. (Revaut et Bord, *in Presse médicale*, 1909, n° 36, Masson, édit.).

« tion est plus difficile, le canal anal apparaît comme un « conduit lisse, blanchâtre, d'aspect vernissé, sur lequel « les anciennes ulcérations presque complètement cica- « trisées tranchent par leur teinte opaline. Lorsque la « cicatrisation n'est pas complète, la dilatation néces- « saire pour l'examen provoque à leur niveau des dé- « chirures qui saignent facilement. Ces lésions présen-

« tent encore cet aspect plusieurs mois encore après « le début des chancrelles anales (Ravaut et Bord). »

Mais là ne se borne pas toujours l'évolution de l'anite. Il se peut, très exceptionnellement, MM. Ravaut et Bord ne l'ont constaté que 2 fois sur 32 malades, que le processus fibreux se continue au niveau du canal anal, et un véritable rétrécissement en est la conséquence.

Nous rapportons ici les deux observations de MM. Ravaut et Bord. Chez ces malades, où les antécédents anochancrelleux sont certains, au bout de huit mois chez l'une, d'onze mois chez l'autre, un rétrécissement du canal et de l'orifice anal s'est trouvé constitué. Chez les deux malades, chez la seconde en particulier, les symptômes d'anite ont été très marqués et très prolongés, les condylomes ont persisté et lors de l'examen rectal, le canal anal s'est montré très difficile à dilater chez l'une, impossible à dilater chez l'autre sans produire de solutions de continuité de la paroi. C'est là le dernier terme de l'anite chancrelleuse dont nous pouvons maintenant tracer l'évolution d'ensemble.

CHAPITRE V

Evolution de l'anite chancrelleuse

Dans deux chapitres distincts nous avons étudié, d'abord, le chancre, l'ulcération anale et son condylome que l'on peut constater à un simple examen extérieur, puis le chancre du canal anal révélé par l'examen au spéculum sous anesthésie. C'est là une division purement descriptive et dans la réalité elle n'existe pas. Car toute chancrelle de l'anus devient presque fatalement une chancrelle du canal anal. C'est même là qu'elle est la plus intéressante à étudier parce que c'est là qu'elle détermine des signes fonctionnels parfois intenses, des complications souvent graves, qu'elle constitue un ensemble ou plutôt une individualité pathologique : l'anite chancrelleuse. Ce que l'on voit extérieurement n'est qu'une partie du tout, supposant une évolution intra-anale contemporaine, parallèle que l'examen spécial peut seul révéler.

Dans l'anite chancrelleuse on peut considérer deux périodes : une première ulcéro-condylomateuse, période

aiguë ; une seconde de cicatrisation beaucoup plus longue aboutissant à l'épaississement, de la paroi du canal anal et enfin à titre de complication tardive, exceptionnelle il est vrai, survenir le rétrécissement.

La période ulcéro-condylomateuse a ordinairement une durée de quelques semaines ; elle est caractérisée extérieurement par le chancre et son condylome, intérieurement l'ulcération du chancre remonte sur la surface du canal anal où elle s'étale, déterminant les signes fonctionnels si marqués à cette période : douleur continue et provoquée par la défécation, selles sanglantes, émission de pus. Insensiblement à cette période aiguë succède la seconde période de cicatrisation, lente, progressive, de plusieurs mois de durée au cours de laquelle les signes fonctionnels s'estompent graduellement et disparaissent. A la fin de cette période la guérison est acquise au prix de l'épaississement de la paroi du canal anal, sur toute sa hauteur. Les choses peuvent n'en pas rester là et cette seconde période peut au bout de plusieurs mois, huit et onze dans les observations que nous rapportons, aboutir au rétrécissement de la portion anale du rectum, au rétrécissement du canal anal. Rétrécissement extrêmement net, extrêmement marqué, déjà observé par Gosselin et qui nécessite l'intervention du chirurgien.

Cette évolution est l'évolution commune. L'anite chancrelleuse n'a pas toujours un cours aussi régulier mais en général ce sont là les stades qu'elle franchit successivement et c'est à peu près aussi dans ces limites de temps qu'elle les parcourt.

CHAPITRE VI

Diagnostic et traitement

L'aspect clinique de l'anite chancrelleuse, son mode d'évolution rendent déjà facile le diagnostic, et, en général, il est, en effet, relativement simple.

A la période d'état, la réunion du condylome, de l'ulcération, parfois d'un bubon, constitue un ensemble caractéristique qui ne permet guère le doute, surtout s'il existe encore des chancres mous dans le voisinage. Sous le condylome d'ailleurs la chancrelle garde, nous l'avons vu, son aspect, son fond purulent, ses bords décollés. La confusion ne serait possible à ce moment qu'avec le condylome syphilitique qui est d'une coloration plus pâle que le condylome chancrelleux et surtout n'est pas ulcéré et n'occasionne pas de douleurs.

Elle pourrait encore se faire avec les végétations mais celles-ci sont rosées, pédiculées, finement granulées, rappelant, suivant la comparaison classique, l'aspect de la crête de coq ; en outre l'ulcération primitive fait défaut et l'évolution diffère tout à fait.

Les hémorroïdes peuvent ressembler au condylome chancrelleux à cette période de son évolution, mais ici encore l'ulcération manque.

Des cas plus difficiles sont ceux où il y a association de lésions chancrelleuses et de lésions syphilitiques ou blennorragiques. C'est par la recherche et l'étude des caractères propres à chacune d'elles que pourra se faire le diagnostic.

Dans tous les cas enfin l'inoculation au porteur du pus de la lésion permettra de lever tous les doutes et on pourra la compléter par l'examen bactériologique, par la recherche du bacille de Ducrey dans les frottis.

Plus tard, quand l'ulcération a disparu, le condylome pourra être confondu avec l'hémorroïde sèche. Celle-ci est très pigmentée, et très persistante, le condylome est plus pâle et régresse assez rapidement.

S'il s'est produit un rétrécissement, l'argument de localisation aura ici toute sa valeur. Une sténose intéressant uniquement le canal anal sera presque sûrement consécutive à la chancrelle de la région. Les rétrécissements d'autre origine seront plus haut placés, rectaux, ano-rectaux quelquefois mais non exclusivement anaux.

Enfin au point de vue étiologique, la recherche du mécanisme de l'infection, de son origine, peut être intéressante. La notion de coït ano-rectal, de chancre mou voisin, peut grandement faciliter le diagnostic.

Le traitement de l'anite chancrelleuse varie suivant la période de son évolution.

A la première période ulcéro-condylomateuse, c'est le traitement de la chancrelle. Le thigénol, la poudre

d'iodoforme surtout, sous forme de mèche iodoformée intra-anale, amèneront rapidement la guérison. En outre on pourrait, en recourant aux procédés d'anesthésie que nous avons décrits, pratiquer la cautérisation directe des ulcérations ou l'ablation de condylomes trop volumineux. C'est encore cette anesthésie qui permettra, au cas de sténose, de pratiquer la dilatation anale progressive et répétée. Ce mode de traitement, surtout s'il est précoce, est le plus sûr moyen d'entraver la marche du rétrécissement anal.

CHAPITRE VII

Considérations générales

On ne doit pas être surpris de voir se localiser strictement au niveau du canal anal le processus chancreleux et ses conséquences.

Au début de ce travail nous avons montré que le revêtement du canal anal était, de par son origine et de par sa structure, cutané; en d'autres termes qu'il existe à ce niveau, non pas une muqueuse, mais de la peau tant soit peu modifiée. C'est pour cette raison que la chancrelle s'y développe volontiers, qu'elle s'y cantonne sans atteindre le rectum.

Les autres localisations du chancre mou, en effet, sont de préférence cutanées. Chez l'homme c'est au niveau de la verge, des bourses, du périnée, extragénitalement au niveau du menton, des lèvres, des bras que nous voyons se développer la chancrelle; chez la femme ce sont les grandes lèvres, les petites lèvres, les cuisses,

le périnée, toutes régions cutanées qui en sont le lieu d'élection. C'est, par contre, un fait rare que de constater la présence d'une ulcération due au bacille de Ducrey sur les muqueuses ; le vagin, aussi souvent mis en contact que la vulve avec des ulcérations chancrelleuses, ne se contamine qu'exceptionnellement et le chancre mou de la bouche, de la muqueuse buccale, est une curiosité pathologique.

Si nous considérons une autre maladie, qui souvent voisine dans ses localisations avec le chancre mou, la blennorragie, nous la voyons se limiter au contraire aux muqueuses. Elle détermine des vaginites alors que le chancre mou reste sur les grandes ou les petites lèvres ; des uréthrites alors que le chancre mou atteint le tégument externe de la verge. En dehors de la zone génitale c'est encore là où elle trouve un territoire muqueux qu'elle se localise, faisant par exemple des ophtalmies blennorragiques ; ou, dans un autre ordre d'idées, elle va déterminer au niveau des séreuses des complications variées.

C'est pourquoi, au point de vue encore plus limité de notre sujet, au niveau du rectum la blennorragie se réserve la muqueuse rectale, produit la rectite, tandis que la chancrelle choisit le canal anal, de nature cutanée, et produit l'anite.

Peau et muqueuse ont là, comme partout ailleurs, leur mode de réaction différent vis-à-vis des infections microbiennes. Ce n'est, d'ailleurs, qu'une constatation fréquente faite une fois de plus à propos du chancre mou et de la blennorragie. C'est la vérification à leur

sujet des lois de la pathologie générale ou plutôt c'est un argument nouveau fourni à l'appui de ces lois. Il est naturel qu'individualisé aux points de vue embryologique, anatomique et histologique, le canal anal ait aussi son individualité pathologique.

OBSERVATIONS

Observation I

(Personnelle, inédite.)

La nommée G..., 29 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis, service du Dr Thibierge, salle Alibert, lit nº 19, le 16 novembre 1909, pour douleur au moment de la défécation et selles sanglantes.

Antécédents personnels. — Syphilis il y a quatre ans. A déjà eu, il y a deux ans, des chancres mous vulvaires et en même temps des lésions douloureuses de l'anus à la suite desquelles se sont montrés des condylomes disparus depuis. S'est aperçue il y a deux mois et demi environ d'un « bouton » à l'anus provoquant des démangeaisons vives. Au bout de quinze jours la malade a noté elle-même l'apparition d'une petite « excroissance de chair » et est venue pour cela, il y a deux mois, consulter à l'hôpital Saint-Louis comme malade libre. On a fait alors le diagnostic d'hémorroïdes et prescrit des piqûres mercurielles comme traitement général de la syphilis. Mais la douleur devenant de plus en plus aiguë et des selles sanglantes assez abondantes étant survenues, la malade se décide à entrer à l'hôpi-

tal le 16 novembre. Le diagnostic d'anite chancrelleuse est porté et on fait un traitement local à la poudre d'iodoforme.

État actuel (23 novembre). — La malade qui nie tout coït anal dit être beaucoup mieux depuis son nouveau traitement, les selles sanglantes ont disparu complètement, la douleur est minime et elle ne se produit qu'au moment des selles. A l'examen direct on constate une pigmentation périvulvaire traduisant la blennorragie. Pas d'adénopathie inguinale marquée. A l'anus exagération très nette des plis radiés, et disposés en couronne péri-anale quatre ou cinq condylomes : les uns rouges, les autres déjà blanchâtres et d'aspect fibreux. A l'extrémité antérieure de la fente anale un condylome plus volumineux, déchiqueté, présentant sur sa face anale une ulcération chancrelleuse. Le déplissement est peu douloureux, pas de déformation des matières fécales.

La rachianesthésie est pratiquée et l'examen au spéculum montre le revêtement du canal anal d'un blanc bleuâtre, presque nacré par endroits, peu extensible, résistant au spéculum, quelques ulcérations en voie de cicatrisation dont une plus active correspond au condylome antérieur. Çà et là quelques brides saillantes, d'aspect fibreux. Le doigt promené de la muqueuse rectale à l'orifice anal, au lieu de la souplesse du canal, perçoit une sensation de résistance analogue à celle qu'offrirait du parchemin tendu. Tout cela, ulcération et tissu fibreux, ne dépasse pas la ligne anorectale et la muqueuse rectale a conservé sa souplesse et son aspect normaux.

Observation II

(Personnelle, inédite.)

La nommée B... Pauline, 31 ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service du Dr Thibierge, salle Alibert, lit n° 18, le 19 novembre 1909 pour douleurs anales et selles sanglantes.

Antécédents personnels. — Pas de syphilis, souffre de l'anus depuis deux mois et demi, surtout au moment de la défécation, s'est aperçue il y a six semaines qu'elle perdait assez abondamment du sang par l'anus à l'occasion des selles.

État actuel (22 nov. 1909). — Aspect général bon, cependant un peu pâle ; lèvres et conjonctives décolorées mais a bon appétit et s'alimente bien. Localement aux organes génitaux une pigmentation périvulvaire due à la blennorragie. A l'entrée du vagin en arrière, un peu à gauche de la ligne médiane, une ulcération chancrelleuse extrêmement caractérisée, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes environ, très douloureuse et rendant le coït impossible depuis plus d'un mois. Pas d'adénopathie inguinale marquée. Du côté de l'anus la malade qui reconnaît avoir eu des rapports anormaux présente de l'exagération des plis radiés et en avant, un peu à gauche de la ligne médiane, un condylome assez volumineux, rouge violacé, surtout sur sa face interne où siège une ulcération chancrelleuse typique. Exactement à l'extrémité antérieure de la fente anale, exagération un peu plus marquée des plis radiés et chancre en feuillet de livre. Le déplissement des plis est douloureux. Il n'y a pas de déformation des matières fécales mais de la constipation depuis quelques jours.

La malade est soumise à la rachianesthésie et le canal anal examiné au spéculum. Le revêtement en est rouge, congestionné; on constate trois ulcérations chancrelleuses nettes en pleine activité; une placée à gauche correspond au condylome visible, extérieurement, étalée elle présente tous les caractères du chancre mou et atteint presque la dimension d'une pièce d'un franc, en haut elle remonte presque jusqu'au sommet des colonnes de Morgagni ; une autre ulcération, d'aspect aussi net mais un peu moins étendu, correspond au chancre antérieur en feuillet de livre. Enfin à droite est la troisième ulcération dont la limite inférieure n'atteint pas l'orifice anal et qui paraît devoir son origine à celle du côté opposé avec laquelle elle est en contact, l'anus étant fermé. Son aspect chancrelleux est aussi accusé que celui des deux premières. Le canal anal n'a pas perdu sa souplesse.

Observation III

MM. Ravaut et Bord (inédite).

B... Marie, 17 ans, couturière, entre à l'hôpital Broca dans le service du Dr Thibierge le 11 octobre 1906 pour douleurs à la défécation.

Antécédents personnels. — Blennorragie ancienne, a eu il y a six mois des rapports ano-rectaux pour la première fois. Souffre depuis trois jours (8 octobre) au moment de la défécation.

État actuel. — Présente toujours de la douleur au moment des selles. Subit la rachianesthésie qui permet de découvrir au niveau des plis radiés un chancre mou en feuillet de livre ayant provoqué l'apparition d'un petit condylome sur lequel l'ulcération chancrelleuse se prolonge. A l'intérieur du canal anal, immé-

diatement au-dessous des valvules de Morgagni, la paroi est de couleur rouge vif, congestionnée.

Observation IV

MM. Ravaut et Bord (inédite).

A... Léa, 18 ans entre à l'hôpital Broca dans le service du Dr Thibierge au mois de juin 1906; pour douleurs au moment des selles.

Antécédents personnels. — A eu des rapports ano-rectaux huit jours avant Pâques 1906. Cinq jours après sont apparus des troubles ano-rectaux, surtout de la douleur à la défécation. A été soignée à la Pitié il y a trois semaines pour « fissure à l'anus ».

État actuel (7 juin 1906). — La douleur à la défécation n'a jamais disparu. La malade est rachi-anesthésiée et examinée au spéculum. Elle présente une couronne de chancres mous fissurairés remontant sur le canal anal et s'arrêtant au début de la muqueuse rectale qui est saine. Ces chancres en somme occupent la région du sphincter.

Observation V

MM. Ravaut et Bord (inédite).

L... Fernande, 19 ans, entre à l'hôpital Broca dans le service du Dr Thibierge, fin mai 1906.

Antécédents personnels. — Blennorragie remontant à un an. Pas de syphilis. Dit avoir eu régulièrement depuis trois mois des rapports ano-rectaux deux fois par semaine. Chancre mou depuis deux mois.

État actuel (16 juin 1906). — Blennorragie. Chancre mou de la vulve. Présente des troubles ano-rectaux, marqués, douleurs à la défécation, ténesme après les selles, sensation de pesanteur au niveau du fondement. Est rachi-anesthésiée et examinée au spéculum. La paroi du canal anal est rouge, violacée, avec au niveau des valvules de Morgagni remontant un peu au-dessus d'elles, en arrière, une ulcération anfractueuse, saignante, autour de laquelle la muqueuse est rouge, congestionnée, suintante, tellement infiltrée qu'on ne distingue qu'à peine les valvules de Morgagni.

Observation VI

MM. Ravaut et Bord (inédite).

D... Noémie, blanchisseuse, 20 ans, entre le 18 septembre 1906 à l'hôpital Broca dans le service du Dr Thibierge, salle Van Swieten pour troubles à la défécation.

Antécédents personnels. — Blennorragie depuis trois ans, syphilis en activité avec roséole actuelle, remontant à trois semaines. A eu des végétations périnéales enlevées à Saint-Louis. A eu il y a trois mois des rapports ano-rectaux et depuis cette époque souffre surtout à l'occasion de la défécation, démangeaison la nuit au niveau de l'anus.

État actuel. — Conserve la douleur au moment des selles. Rachianesthésie et examen au speculum. Deux condylomes, un postérieur pédiculé se continuant par une végétation proprement dite ou papillome qui a le même aspect que lui. Sur toute la longueur du condylome et s'arrêtant au point où le papillome commence, un chancre mou s'est creusé une fissure longitudi-

nale. Si on étale ce chancre, il acquiert une largeur de dix à quinze millimètres. Le condylome semble ainsi constitué par deux feuillets dont les parois affrontées sont intéressées par le chancre. Le condylome antérieur, plus sessile est également surmonté d'un petit papillome et creusé d'un chancre mou.

Les deux chancres mous se poursuivent sur la paroi du canal anal jusqu'à environ deux millimètres des replis des valvules de Morgagni. Par endroits la paroi du canal anal prend un aspect leucoplasique. Cicatrice de chancre mou sur sa moitié droite. Au-dessus des colonnes de Morgagni la muqueuse rectale ne présente rien d'anormal.

Observation VII

M. Ravaut et Bord (inédite).

La nommée C... Louise, plumassière, 20 ans, entre à l'hôpital Broca dans le service du Dr Thibierge, salle Van Swieten, lit nº 14, le 20 septembre 1906.

Antécédents personnels. — Blennorragie remontant à un mois. Pas de syphilis. Reconnaît avoir eu des rapports anorectaux.

État actuel. — Blennorragie. Au point de vue anorectal, on constate à l'examen direct un condylome anal datant de deux mois, greffé sur un pli radié. Sur ce condylome, un chancre mou qui l'a déchiqueté.

Rachianesthésie et examen au spéculum. On voit une ulcération suintante, molle, tomenteuse, occupant la paroi antérieure du canal anal ; une autre ulcération semblable siège à la partie postérieure du même canal, le reste de la muqueuse non ulcérée est violacé, rougeâtre, tuméfié.

Observation VIII

M. Ravaut et Bord (inédite).

C... Alphonsine, cuisinière, 16 ans 1/2, entre à l'hôpital Broca dans le service du Dr Thibierge le 12 juillet 1906 pour douleurs à la défécation.

Antécédents personnels. — Blennorragie depuis quinze jours et chancre mou depuis la même époque. En même temps ont débuté les troubles anorectaux consistant en douleurs au moment des selles, ténesme, sécrétion de pus par l'anus.

État actuel. — Chancre mou sur les grandes lèvres. Au point de vue ano-rectal, douleur à la défécation. L'anus laisse sourdre du pus. Deux condylomes avec chancre mou. Rachianesthésie et examen au spéculum. Muqueuse du canal anal rouge, violacée, légèrement tomenteuse, jusqu'à l'origine du rectum proprement dit. Les replis des valvules de Morgagni et leurs piliers sont fortement tuméfiés.

Observation IX

MM. Ravaut et Bord (inédite).

Rétrécissement du canal anal.

C... Mathilde, 34 ans, entre à l'hôpital Broca, service du Dr Thibierge, en novembre 1907 pour douleur à la défécation.

Antécédents personnels. — A présenté onze mois auparavant, en janvier 1907, des chancres mous du vagin et de l'anus. En mai 1907 la malade a noté l'existence de condylomes.

Continuellement elle a éprouvé de la douleur au moment de la défécation. Ses matières étaient comme passées à la filière.

État actuel, 14 novembre 1907. — Au niveau du vagin cicatrice d'ulcération ancienne. A l'anus gros condylome persistant.

Rachianesthésie. La dilatation digitale est impossible. L'orifice anal permet à peine le passage de deux doigts, l'introduction du spéculum provoque une hémorragie mais permet de voir un canal anal transformé en un conduit fibreux cicatriciel blanchâtre, presque leucoplasique.

Observation X

MM. Ravaut et Bord (inédite).

Rétrécissement du canal anal.

La nommée M... entre à l'hôpital Broca dans le service du Dr Thibierge, pour végétations et douleur à la défécation en septembre 1907.

Antécédents personnels. — Il y a huit mois, a eu des chancres mous de l'anus suivis de l'apparition de condylomes et accompagnés de douleur constante. La douleur a persisté jusqu'à ce jour.

État actuel, 10 septembre 1907. — La malade ne perd plus de sang depuis longtemps. Les selles sont pénibles, les matières amincies.

A l'examen externe on constate un petit condylome anal présentant sur sa face axiale une cicatrice opaline.

Après rachianesthésie on essaie de dilater le canal anal; cette opération s'exécute difficilement et montre jusqu'au niveau des valvules de Morgagni un tissu épaissi d'aspect fibroïde de couleur blanc nacré.

CONCLUSIONS

De cette étude nous avons tiré les conclusions suivantes :

1° Il existe, déterminée par le bacille de Ducrey, une affection spéciale à l'anus et au canal anal : l'anite chancrelleuse.

2° Cette anite chancrelleuse est exclusivement localisée à l'anus et au canal anal et n'atteint pas, sauf peut-être dans des cas très exceptionnels, le rectum.

3° Elle se manifeste extérieurement par le chancre et son condylome. Intérieurement les chancres de l'anus se continuent sur le canal anal et ne peuvent être étudiés qu'après anesthésie ; ils y déterminent de nombreuses lésions inflammatoires dont l'ensemble constitue précisément l'anite.

4° Elle évolue ordinairement en quelques semaines

vers la guérison sans complications mais peut déterminer un véritable rétrécissement du canal anal.

5° Le traitement des ulcérations internes et externes est celui du chancre mou, le traitement du rétrécissement : la dilatation précoce.

Vu : le Président de la thèse
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

F. Balzer. — Art. Chancre mou, *in* Traité de médecine de Brouardel et Gilbert. Fasc. VII. Paris, 1909.

Bord. — Cf. Ravaut et Bord.

Chatin. — Chancres simples extragénitaux. Paris, th., 1901.

Créange. — Chancres mous de l'anus et du rectum. Th. Paris, 1908.

Diday. — Art. Chancrelle, *in* la Pratique des mal. vénér. Paris, 1894.

R. du Castel — Chancres génitaux et extragénitaux. 1 vol. Biblioth. Charcot-Debove. Paris, 1895.

Fournier. — Art. Chancre, *in* Dict. de médecine et de chirurgie, p. 72.

Gosselin. — Cliniq. chirurg. de l'hôp. de la Charité, t. III. Paris, 1879.

Herbet. — Art. Anus, *in* Pratiq. medico-chirurg.

Jullien. — Traité pratiq. des mal. vénér., 1879.

Lermoyez. — Étude sur le condylome anal, *in* Annales de derm. et syphil. Paris, 1882, t. III, p. 708.

Malassez. — Cf. Péan et Malassez.

Mollière. — Maladie du rectum et de l'anus, 1877. Lyon.

A. Paré. — Lib. XXXV, cap. LXXXVII.

Péan et Malassez. — Étude clinique sur les ulcérat. anales. Paris, 1871.

P. Ravaut. — Anesth. chirurg., limitée à la région génito-périnéo-anale par injection intrarachid. de solut. concentrées. (Compte rendus Soc. de Biol., juin 1907).

P. Ravaut et B. Bord. — L'anite chancrelleuse. Presse médicale, 1909, nº 36.

G. Thibierge. — Art. Chancre mou, *in* Traité de médecine Charcot-Bouchard et Brissaud.

Vehenckel. — Chancre mou du rectum suivi de perforation, mort. Presse méd. belge, 1887. Gaz. des Hôpitaux, 1881, page 808.

A. MALOINE Éditeur, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, Paris.